

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

380

Année 1909

=

THÈSE

N°

=

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 16 juillet 1909, à 1 heure

Par J.-B. LANDAU

Né à Craïova (Roumanie), le 12 décembre 1881

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ex-interne des hôpitaux d'Orléans

DE

L'OCCLUSION INTESTINALE

PAR

COUDURE DE L'ANGLE SPLÉNIQUE DU COLON

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : { MM. HARTMANN, professeur
 PROUST et OMBREDANNE, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie.		NICOLAS.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	BRISAUD.
Pathologie chirurgicale		DEJERINE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE.
Opérations et appareils		PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD.
Clinique médicale.	}	ROGER.
Maladies des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.		LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	}	HUTINEL.
Clinique ophtalmologique.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies des voies urinaires.		GAUCHER.
Clinique d'accouchements	}	RAYMOND.
Clinique gynécologique		PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale infantile		QUENU.
Clinique thérapeutique		RECLUS.
		SEGOND.
		DE LAPERSONNE
		ALBARRAN.
		PINARD.
		BAR.
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES.
		POZZI.
		KIRMISSON.
		A. ROBIN.
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BESANCON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LÖPER
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBÉCOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES
DE L'HOTEL-DIEU D'ORLÉANS
ET DES
HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALMAGRAND

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU D'ORLÉANS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MORESTIN

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. RECLUS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Pendant notre séjour, comme interne, dans le service de M^r le D^r HALMAGRAND à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, nous avons eu l'occasion de voir un cas d'occlusion intestinale aiguë, cas très embarrassant au point de vue du diagnostic de localisation, puisque le siège de l'occlusion n'a pu être trouvé même pendant la laparotomie. Celle-ci fut d'ailleurs brève. Les anses intestinales qui débordaient parce que distendues à l'excès, se sont, pendant les manipulations, subitement affaissées, ce qui fit penser que l'obstacle venait d'être supprimé. Devant l'état très inquiétant de la malade, sans pousser plus loin les investigations, on referma le ventre. La malade est morte dans la soirée, et, à l'autopsie, nous avons pu nous rendre compte que l'occlusion était due à une coudure très prononcée de l'angle splénique du côlon, coudure maintenue par une bride fibreuse très résistante, réunissant en canon de fusil la terminaison du côlon transverse avec le commencement du côlon descendant.

Cette observation nous a incité à rechercher, dans la littérature médicale, d'autres cas analogues, et c'est en suivant les conseils de notre maître, M. le D^r HALMAGRAND, ainsi que ceux de M. le D^r MARMASSE, chirurgien adjoint du service, que nous nous sommes décidé d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

M. le professeur agrégé MORESTIN, que nous avons connu pendant notre externat à Paris, nous a aussi prodigué des conseils éclairés, qui nous ont été, pour la rédaction de ce travail, d'autant plus précieux qu'il a lui-même, dans la *Revue de Gynécologie* en 1903, publié un mémoire sur le même sujet.

Avant tout, nous avons à remplir un devoir de reconnaissance envers les maîtres dévoués qui ont bien voulu nous prodiguer leurs enseignements et leurs conseils. La vie à l'hôpital n'est pas un aride enseignement ; c'est un vivant exemple, donné par nos maîtres, non seulement de haute sagacité et de merveilleux talents, mais aussi de dignité professionnelle et de bonté, de justice et de charité.

C'est de tout cœur que nous nous empressons de leur adresser, ici même, l'expression de notre profonde gratitude.

HISTORIQUE

Les occlusions intestinales siégeant au niveau de l'angle splénique du côlon, celles même qui surviennent spontanément, en dehors d'un processus sténosant (cancer ou tuberculose par ex.) ne constituent pas un nouveau chapitre à ajouter à l'histoire des occlusions.

Adenot de Lyon, déjà en 1895 dans la *Gazette hebdomadaire* et l'année suivante dans la *Revue de Chirurgie*, fut amené à signaler la disposition anatomique du coude gauche du côlon, défavorable au cours des matières, comme une des causes d'occlusions intestinales, consécutives à des laparotomies.

Deux cas publiés en 1895 dans la *Gazette des hôpitaux*, l'un par M. Riche, l'autre par M. Legueu ; des communications faites cette même année au *Congrès de Gynécologie de Bordeaux* par MM. Adenot et Legueu, sont venues contribuer à jeter un peu de lumière sur cette question inconnue jusqu'alors.

Il faut arriver en 1902 pour voir, à l'occasion d'une

communication du professeur Terrier, s'ouvrir une discussion à la *Société de Chirurgie de Paris*, sur la pathogénie et le traitement de cette variété d'occlusion. M. Quénu notamment y est venu apporter le résultat de ses expériences et de ses recherches anatomiques relatives au rôle que joue l'angle splénique dans la production des accidents.

Il nous reste encore à citer le travail de MM. Bérard et Patel paru dans la *Revue de chirurgie* en 1903, ainsi que celui de M. le professeur agrégé Morestin, dans la *Revue de Gynécologie*, même année.

La question était de savoir si une disposition spéciale de l'angle gauche du côlon, une simple coudure exagérant sa disposition angulaire normale, était suffisante à déterminer un arrêt de la circulation intestinale en dehors de toute altération pathologique de la paroi, et sans aucune cause de compression dans le voisinage.

Plusieurs des observations relatées étaient des cas d'occlusion, survenue à la suite de laparotomies, pour ablation de grosses tumeurs, kystes de l'ovaire par exemple.

Le côlon transverse étant, comme on le sait, suspendu par ses deux extrémités, à la manière d'un baldaquin, et appuyant de tout son poids sur la tumeur sous-jacente, il s'agissait de savoir si la suppression de celle-ci pouvait amener, par simple chute du côlon transverse, l'imperméabilité du coude splénique, soit par l'intermédiaire d'une bride anormale, n'ayant rien causé jusqu'alors, ou par traction du ligament suspenseur de l'angle, ou même tout simplement par diminution de son ouverture.

On sait que « toutes les opérations qui intéressent le péritoine, alors même qu'elles ont été faites dans les meilleures conditions, amènent constamment quelques perturbations dans le fonctionnement des organes abdominaux, tels que phénomènes d'inhibition, exerçant leur action sur les fibres lisses, d'où paralysies temporaires de la vessie et de l'intestin. Les fonctions intestinales sont longues à se rétablir, même dans les cas heureux. Il y a pour ses fibres lisses plus qu'une paralysie ; elles subissent l'influence d'une perversion dynamique déterminant des contractions anti-péristaltiques et amenant par l'estomac des gaz intestinaux (1). »

Il s'agissait donc aussi de savoir si les troubles post-opératoires, dus à l'atteinte momentanée des propriétés physiologiques du canal intestinal, pouvaient arriver à elles seules jusqu'à l'occlusion.

Avant d'exposer notre observation et les conclusions qu'on peut déduire par l'examen des faits, nous allons dire quelques mots sur l'anatomie de la région. Nous parlerons ensuite de la pathogénie et de l'étude clinique des accidents qui font l'objet de ce travail, ainsi que du diagnostic et de leur traitement.

1. QUÉNU. Leçon clinique in *Nouvelles Archives d'Obstétrique et Gynécologie*, 1894.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

L'anatomie de l'angle splénique du côlon a été depuis longtemps étudiée dans ses moindres détails.

Formée par la réunion du côlon transverse, qui présente une variabilité extrême de direction et situation, avec le côlon descendant, toujours fixe, accolé pour ainsi dire, contre la paroi abdominale postérieure, cette région présente de telles variations de situation et de conformation, ainsi que de moyens de fixité, que les discussions ouvertes à son sujet sont loin d'être terminées.

LE CÔLON TRANSVERSE (portion comprise entre l'angle hépatique à droite, et l'angle splénique à gauche) appelé encore *arc du côlon*, est long de 50 centimètres environ ; il se dirige obliquement de droite à gauche et de bas en haut, en décrivant une courbe à convexité antérieure, ses deux extrémités enfoncées au niveau des hypochondres, plus profondément que la partie moyenne qui se trouve tout contre la paroi abdominale antérieure.

Par rapport à l'ombilic, cette partie moyenne du côlon transverse présente une situation extrêmement variable suivant son état de réplétion ou de vacuité, ainsi que celle des organes qui l'entourent, l'estomac par exemple. C'est ce qui rend sa recherche sur le vivant assez difficile. Vide, il se trouve caché derrière l'estomac ; rempli de matières fécales, il s'abaisse ; distendu par les gaz, il remonte et passe en avant de l'estomac (1).

Le côlon transverse peut-être déplacé d'une façon permanente. *Cruveilhier* (2) remarque que ces déplacements sont bien plus fréquents chez la femme que chez l'homme, le corset, les changements de position que l'état de grossesse détermine dans le canal intestinal, la constipation si fréquente chez les femmes, voilà quelques-unes des causes de ces déplacements permanents. L'allongement de l'arc du côlon détermine lui aussi sa chute. *Cruveilhier* considère cet allongement comme acquis, et il l'attribue surtout à la constipation habituelle.

L'arc du côlon est soutenu par un repli du péritoine, *le mésocôlon transverse*. L'étendue de ce repli, un des plus considérables du péritoine, explique la grande mobilité de cette portion du gros intestin qui, dans les gastro-entérostomies trans-mésocôliques, peut être attirée hors du ventre et aisément rabattue en haut.

Un autre ligament rattachant dans une certaine mesure le côlon transverse à la grande courbure de l'es-

1. TILLAUX. *Anat. topogr.*, « Gastrostomie ».

2. CRUVEILHIER. *Anat. descript.*, tome II.

tomac est le ligament *gastro-côlique* ; il est constitué par le feuillet antérieur du grand épiploon qui s'est soudé, chez l'adulte, à la face antérieure de l'arc du côlon.

La description que nous venons de donner du côlon transverse constitue pour ainsi dire le type normal. Dans certains cas, il peut affecter la forme d'un V ou d'un U, dont le sommet peut arriver jusqu'au pubis, ou même plonger dans le bassin. D'autres fois, il décrit plusieurs sinuosités (forme de W ou d'un S italique, ou encore en accordéon).

ANGLE GAUCHE OU SPLÉNIQUE : *Flexura sinistra*, présente des variations considérables de situation et forme.

Glénard le fait répondre à la dixième côte, en arrière de la ligne axillaire ; *Jonnesco* à la septième ou huitième ; *Fromont* à la neuvième ; *Mauclaire et Mouchet*, par ordre décroissant, à la neuvième, onzième ou huitième côte.

Anormalement, *Quénu* l'a vu descendre une fois à 3 centimètres et une autre fois remonter à 14-15 centimètres de la crête iliaque.

L'angle splénique se trouve relié à la paroi par un ligament suspenseur, le *ligament phrénocolique*, décrit pour la première fois par *Phæbus* et par *Bochdalek Junior*. Il s'étend du péritoine diaphragmatique à l'angle du côlon. Souvent une partie provient de l'extrémité inférieure de la rate.

Pour Adenot(1) le ligament suspenseur a la forme d'un

1. ADENOT. *Revue de Chirurgie*, 1896.

éventail à sommet supérieur ; sa base correspond au côlon. Il lui reconnaît 3 portions : la *moyenne* rejoint le côlon au niveau même du sommet de l'angle ; la *supérieure* est horizontale et va se perdre sur la terminaison du transverse qu'elle aborde au niveau de la bandelette longitudinale antérieure ; la *troisième portion* va se perdre sur le côlon descendant.

L'angle splénique se trouverait suspendu par le faisceau médian qui s'attache à son sommet ; les deux faisceaux latéraux, en soulevant le côlon à la manière d'un baldaquin, arrondiront l'angle et empêcheront la fermeture de son sinus et par conséquent éviteront la plicature de la lumière du canal intestinal.

Pour *Bérard et Patel* (1) le ligament suspenseur est constitué uniquement de deux faisceaux : un qui s'insère sur le sommet et l'autre, horizontal, inconstant, allant se perdre le long du côlon transverse. Quand il manque, la ptose colique détermine la coudure aiguë de l'angle splénique, cause d'occlusion.

Au niveau de l'angle le calibre intestinal est rétréci ; il peut n'avoir que le volume du doigt.

LE CÔLON DESCENDANT retiendra très peu notre attention ; il est maintenu par le péritoine qui le tapisse, appliqué contre la paroi abdominale, suivant une ligne verticale passant en dehors du rein. Dans un quart des cas, d'après *Trèves* il présenterait un méso très court qui lui permettrait un peu de mobilité.

En résumé, le sommet de l'angle splénique du côlon

1. BÉRARD ET PATEL. *Revue de Chirurgie*, 1903.

est maintenu immobile par un faisceau ligamenteux rigide. Des deux branches de l'angle, *l'inférieure* occupe toujours la même position ; *la supérieure* constituée par la terminaison du transverse présente une situation extrêmement variable. Elle peut être plus ou moins rapprochée de la première, cheminer verticalement à côté, ou même recouvrir le côlon descendant sur une distance plus ou moins grande. Cela aurait lieu surtout lorsque le faisceau supérieur du ligament suspenseur ne serait pas là pour arrondir l'angle et maintenir son sinus ouvert.

CHAPITRE DEUXIÈME

PATHOGÉNIE

Nous avons vu combien la disposition de l'angle splénique du côlon était variable, comme situation, suspension, ouverture de son sinus, etc. Nous avons également vu que dans certains cas la terminaison du côlon transverse chemine verticalement à côté du côlon descendant, les deux segments de l'intestin étant rapprochés en canon de fusil.

Pour Glénard (1), on peut déterminer l'oblitération de l'orifice colique sous-costal gauche, par tractions sur le côlon transverse ; cette traction ferait saillir le ligament suspenseur, inséré en éventail sur le bord supérieur du côlon, ce qui dans les cas normaux atténuerait quelque peu les conséquences fâcheuses de la traction. Parfois, le développement de ce ligament n'est pas aussi complet ; il est comme atrophié et réduit à la partie moyenne. Il s'ensuit que l'insertion colique se

1. GLÉNARD, *Ptoses viscérales*, 1894.

fait sur une étendue assez restreinte, et que le tube intestinal n'étant plus soutenu, le transverse chargé de matières descend et s'accole au côlon descendant, déterminant une coudure véritable. Donc *production de l'occlusion intestinale par insuffisance de développement du ligament suspenseur de l'angle.*

L'excès de suspension conduirait d'ailleurs au même résultat. Le ligament suspenseur vient-il à exercer une traction trop forte sur le coude splénique, l'angle de celui-ci se trouve devenir plus aigu et la lumière du canal intestinal moins perméable.

Adenot de Lyon, à l'aide d'expériences cadavériques, a démontré l'importance du rôle du ligament suspenseur. Voici ce qu'il dit dans son article de la *Revue de Chirurgie*: « Dans une série d'expériences cadavériques, l'intestin étant en place, nous avons pu, après l'avoir météorisé artificiellement, nous rendre compte *de visu* de l'efficacité de cette cause d'occlusion. Bien plus, cette occlusion étant complète au point que des gaz contenus dans le côlon transverse dilaté ne pouvaient absolument pas passer dans le côlon descendant, la section totale du ligament suspenseur côlique gauche suffisait parfois à lever l'occlusion. » Il ajoute plus loin : « Plus le météorisme augmente, plus l'obstruction s'exagère par la formation d'une sorte d'éperon. »

Dans la *Gazette hebdomadaire* en mars 1895 Adenot écrit : « La disposition en éventail du ligament suspenseur est manifeste normalement ; les arcades ligamenteuses se trouvent combinées de manière à répartir et prolonger sur un grand espace leur action de soutien.

Cette suspension semble vraiment s'opposer aux occlusions mécaniques qui pourraient résulter d'un ligament suspenseur réduit à une zone d'insertion plus limitée. Dans nos recherches cadavériques, les occlusions expérimentales nous ont paru être plus faiblement obtenues, justement dans des cas où le ligament suspenseur se trouvait peu développé, plus ramassé, tout en n'étant pas relâché. »

Une seconde disposition viendrait, d'après *Adenot*, se surajouter à la précédente pour aggraver l'occlusion; les anses de l'intestin grêle viennent s'engager dans le sinus de l'angle cœlique gauche, à la manière d'un coin; par suite du météorisme, ces anses, en se dilatant de plus en plus, compriment les deux segments correspondants du côlon et rendent l'occlusion complète.

Il ne s'agissait jusqu'ici que des accidents d'occlusion intestinale consécutifs à des laparotomies, mais les conclusions des expériences d'*Adenot* laissaient entrevoir que dans des circonstances spéciales on pouvait rencontrer des phénomènes semblables d'occlusion, en dehors de toute intervention, c'est-à-dire de façon spontanée.

En 1902 le professeur *Terrier* communique son cas à la *Société de Chirurgie de Paris*. Il s'agissait d'une malade qui présentait une constipation opiniâtre, avec crises douloureuses et dilatation du côlon transverse. Au cours de l'intervention M. Terrier trouve que « le côlon transverse à son union avec le côlon descendant présentait un calibre certainement rétréci et formait un angle aigu dont le sommet pénétrait profondément dans

l'hypochondre sous le diaphragme. La partie moyenne du côlon transverse quelque peu abaissée était dilatée par des gaz, et cette dilatation cessait juste un peu avant l'angle gauche du côlon.» Par une entéro-anastomose, il pratiqua un chemin de traverse mettant en communication le transverse prolabé avec le côlon descendant. *M. Terrier* concluait ainsi : « On peut dire que fixé à la paroi abdominale latérale sur la dixième côte, l'angle gauche est profondément situé dans l'hypochondre et y est fixé le plus souvent avec solidité. Que le côlon transverse s'abaisse, l'angle gauche du côlon formera un angle de plus en plus aigu et, sans faire intervenir les anses intestinales grêles pouvant se loger dans cet angle aigu, on peut y concevoir la formation d'une valvule plus ou moins perméable. »

M. Quénu reprit la question quelque temps après (1). Il ne croit pas que l'angle gauche constitue un obstacle normal, physiologique, au cours des matières ; tout au plus on peut estimer, dit-il, que chaque changement de direction intervient pour épuiser la force du courant intra-intestinal ; à chaque résistance, correspond une dilatation intestinale en amont ; or si l'angle splénique était le point d'arrêt principal, le transverse devrait être tout entier dilaté ; il ne l'est que partiellement et toujours moins que le cæcum.

Quant au rôle du ligament suspenseur, *M. Quénu* a repris, en les modifiant, les expériences cadavériques d'Adenot. Il s'est assuré que le débit d'un courant d'eau

1. QUÉNU. *Bulletin Soc. Chirurgie*. Paris, juin 1902.

traversant sous pression le gros intestin se trouve à peine modifié lorsque, par des tractions sur le grand épiploon, on rapproche, pour les mettre en contact, le transverse du côlon descendant, de manière à rendre l'angle aussi aigu que possible et à exagérer son éperon. L'écoulement de l'eau par une canule introduite dans le rectum n'a jamais été complètement supprimé.

Ces expériences avaient donc des résultats absolument contraires à ceux obtenus par Adenot. Du reste M. Quénu n'y attache pas grande importance car, comme il dit : « Si j'ai fait des expériences, c'est pour les opposer aux expériences de M. Adenot. »

En somme pour lui, la coudure angulaire du côlon est tout à fait insuffisante pour produire des accidents. « Ni les raisons anatomiques, ni les expériences ne démontrent que l'angle splénique joue un rôle spécial et prédominant dans l'arrêt des matières. » M. Quénu conclut à l'importance des lésions péritonéales anciennes, des *petites brides minuscules*, des *ficelles péri-côliques*, comme il les appelle, dirigées perpendiculairement à l'axe du gros intestin, et constituées par des franges épiploïques reliées au grand épiploon.

Nous voilà donc en présence de deux théories bien différentes : la première, celle de l'école de Lyon, qui explique les accidents par coudure de l'angle splénique du côlon ; l'autre, de M. Quénu, qui attribue le rôle prépondérant aux adhérences et brides péritonéales.

En 1903, la thèse de *Frarier* (1) et le mémoire de

1. FRARIER. *Thèse Lyon*, 1902. 1903.

Bérard et Patel (1) viennent apporter de nouvelles observations où les accidents semblent imputables surtout aux dispositions anatomiques. Leur conclusion est que « sans nier l'influence des brides dans l'occlusion au niveau du coude gauche du côlon, on peut dire qu'il existe une occlusion essentielle. »

Même éclectisme dans le mémoire de *M. Morestin* (2) qui admet la possibilité de l'occlusion par brides sur la terminaison du transverse comme sur tous les points de l'intestin et accepte la coudure comme agent d'occlusion, au même titre qu'un volvulus, la torsion de l'épiploon, d'un kyste, etc. Il rapporte une observation d'occlusion siégeant précisément au niveau de l'angle gauche, où il n'existait aucune bride, aucun vestige d'inflammation ancienne ou récente. « Toutes les constatations faites pendant l'opération tournaient autour de ce seul phénomène, distension énorme de tout l'intestin jusqu'à l'angle côlique gauche, où cette dilatation cessait brusquement. »

M. Morestin pense que le mécanisme de l'occlusion est parfois plus complexe, que la coudure peut s'accompagner de torsion au niveau de l'union de l'intestin mobile avec le côlon fixe. Chez son sujet, « le transverse ballonné dépassait sur la gauche le descendant flasque et vide, coudant dans le sens horizontal de droite à gauche le point où ils se continuent et imprimant encore à cette partie une sorte de torsion de

1. BERARD et PATEL, *Revue de Chirurgie*, mai 1903.

2. MORESTIN, *Revue de Gynécologie*, 1903.

droite à gauche et de bas en haut (1). » Il ne faut pas, dit-il, voir là un mécanisme constant, mais un des mécanismes de ce genre d'occlusion.

Nous croyons le moment venu de rapporter en détail l'histoire de notre malade ; les constatations faites à l'autopsie nous permettront de voir combien l'on a raison de ne pas accepter une seule opinion au détriment des autres, combien plusieurs facteurs peuvent coexister, s'entr'aider pour ainsi dire, à déterminer et maintenir l'occlusion.

Observation I (personnelle).

Veuve B..., 59 ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, salle Froberville, le 14 février 1908, pour des douleurs dans le ventre, et des vomissements. Ces phénomènes ont débuté brusquement dans la journée même vers 1 h. 1/2 de l'après-midi, par une douleur violente, au niveau du creux épigastrique. Des vomissements alimentaires sont survenus aussitôt. La malade aurait eu une garde-robe spontanée une demi-heure après le début des accidents.

Comme *antécédents*, la malade aurait présenté il y a trente-quatre ans, les mêmes phénomènes qu'à présent ; les accidents survenus spontanément auraient cessé brusquement à la suite d'une débâcle de matières et de gaz. N'a jamais souffert du ventre depuis ; trois enfants vivants ; pas d'avortement.

État actuel ; à l'inspection, asymétrie très prononcée entre les moitiés gauche et droite de la paroi abdominale. A gauche

1. MORESTIN, *Revue de Gynécologie*, 1903.

de l'ombilic, à égale distance des fausses côtes et de la crête iliaque, existe une voussure à contours mal limités. On ne voit pas les anses intestinales se dessinant sous la paroi. Légère défense musculaire à la palpation qui est douloureuse surtout à gauche. Pas de douleur au niveau de la vésicule biliaire, ni au point de Mac-Burney, ni dans la région lombaire. La percussion dénote de la sonorité du côté du cæcum ; sonorité également mais moins accentuée à gauche. La matité pré-hépatique paraît normale. Rien de particulier par le toucher vaginal et rectal. Le faciès, sans être péritonéal, paraît assez altéré ; visage rouge, cramoisi, traits contractés, langue rouge. Pouls régulier : 98 ; température 37°4.

15 février. — La malade est très agitée et pousse par instants des cris aigus. La face est congestionnée, la langue rôtie, sèche. Pouls petit, rapide (dépassé 110). La température est au-dessous de 38°. La voussure du côté gauche de la paroi abdominale paraît augmentée. On ne remarque toujours pas de mouvements péristaltiques de l'intestin. Depuis son entrée dans le service et malgré plusieurs lavements, il n'y a pas eu d'émission de matières fécales ni de gaz. Les urines sont en petite quantité, très rouges, contenant des traces d'albumine.

16 février. — Devant l'aggravation des symptômes, l'intervention est décidée. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; on tombe sur le côlon transverse prolabé et très distendu. En explorant le côté gauche de la cavité abdominale, on ne rencontre aucune bride, aucun obstacle. En repoussant l'anse transverse vers le diaphragme, elle s'affaisse, ce qui fait penser que l'obstacle venait d'être écarté. On referme le ventre.

La malade est morte vers 9 heures du soir. — A l'autopsie, on trouve le côlon transverse énormément distendu ; dans

son ensemble il constitue une anse très accentuée, dont le point déclive siège au niveau de la fosse iliaque gauche. Ses bosselures sont très saillantes, mais toutes sont développées régulièrement. On ne remarque aucune bride, aucun étranglement à son niveau. La distension du transverse cesse brusquement au niveau de l'angle splénique. Le côlon descendant est complètement aplati contre la paroi abdominale postérieure, et constitue un cordon à peine de la grosseur du pouce.

Le grand épiploon ne présente aucune adhérence anormale.

Au niveau de l'angle gauche du côlon on trouve, sur une longueur de 10 centimètres environ, la portion terminale du transverse rattachée à la portion initiale du côlon descendant, par une lame très étroite de tissu fibreux, résistant, sans vaisseaux visibles.

L'angle splénique, fortement remonté sous les fausses côtes et solidement maintenu en place par le ligament suspenseur le rattachant à la rate et au péritoine pariétal, constitue un coude à angle très aigu, dont les deux branches sont rapprochées en canon de fusil. Au sommet de l'angle, la lumière du canal est absolument imperméable au passage des gaz contenus dans le côlon transverse. Ce passage est possible seulement quand on repousse fortement en haut vers le diaphragme, la terminaison du transverse, de manière à ouvrir autant que possible le sinus de l'angle splénique.

Le péritoine est entièrement criblé de granulations tuberculeuses extrêmement nombreuses, la plupart de la grosseur d'une tête d'épingle.

Rien d'anormal du côté des autres organes.

Nous voilà donc en présence d'un cas d'occlusion

déterminée par la coudure exagérée de l'angle gauche du côlon, coudure maintenue en place par une bride fibreuse d'origine tuberculeuse (l'examen histologique n'en a pas été fait, mais les granulations dont le péritoine était criblé, nous autorisent à la considérer comme telle) et certainement assez ancienne.

Cette bride n'environnait pas le côlon transverse de façon à gêner sa libre expansion ; on ne pouvait pas l'accuser d'avoir étranglé la lumière du canal intestinal, puisqu'elle ne faisait que réunir en canon de fusil les deux segments correspondants du côlon.

Il nous a été facile de nous rendre compte, pièce en mains, que le véritable obstacle était représenté par l'éperon très saillant du sommet de l'angle, qui constituait une sorte de valvule s'opposant au libre passage des gaz.

Ce mécanisme fut invoqué par le professeur *Terrier* dans sa communication à la Société de Chirurgie de Paris en 1902. *M. Quénu* dans ses expériences est arrivé à un résultat tout à fait opposé. Ayant insufflé l'intestin, il rapprocha en canon de fusil le côlon transverse du côlon lombaire puis, après ligature, il réséqua les deux tronçons accolés. Ayant suspendu cette pièce par l'angle, une fois la dessiccation obtenue, il constata par une fenêtre taillée au niveau du sommet qu'il y avait bien là un fort éperon, mais qu'au-dessus il restait un dôme, un bon espace libre suffisamment large pour assurer la communication.

Une fois de plus, nous avons l'occasion de voir combien les expériences d'amphithéâtre ne peuvent servir à tirer des conclusions catégoriques, applicables au vi-

vant ; sur le cadavre, l'intestin est inerte et se déplace d'une manière passive ; la contractilité n'existe plus, Le dôme que M. Quénu a vu sur la pièce insufflée, n'existait pas chez notre malade ; la chute du transverse rempli de matières et distendu par les gaz a été suffisante pour l'effacer. Par deux fois, c'est-à-dire sur la table d'opération et celle d'autopsie, il a suffi de soulever ce segment du gros intestin pour voir la communication se rétablir.

Et comme l'éperon était toujours pareil puisque les deux portions du côlon étaient rattachées solidement en canon de fusil, depuis certainement de longues années, c'est justement la disparition de ce dôme qui a été l'origine des accidents.

Pour M. Quénu (1), « les coudures ne peuvent jouer de rôle important qu'avec un intestin paralysé ». L'occlusion se produirait parce que « la contraction intestinale est devenue insuffisante de par l'inertie normale qui suit l'ouverture du ventre ».

Nous ne refusons pas de voir là le véritable mécanisme dans la plupart des cas rapportés par M. Adenot ; dans notre cas personnel et dans celui rapporté par M. Morestin (2), cette cause doit être écartée puisque l'occlusion, due uniquement à la coudure au niveau de l'angle splénique, est survenue spontanément, au milieu des occupations des malades.

Nous voilà maintenant arrivé à la question primor-

1. QUÉNU. *Soc. de Chirurgie de Paris*, 18 juin 1902.

2. MORESTIN. *Revue de Gynécologie*, 1903.

diale. Pendant de longues années, malgré la ptose libre ou fixée du côlon transverse, la circulation intestinale se fait normalement ou est à peine troublée. Ces troubles survenant par intermittence sont caractérisés par une douleur dans l'hypochondre gauche et du ballonnement, le tout disparaissant plus ou moins vite par émission de gaz. Un jour, le malade ressent dans le ventre une douleur très vive, et... rien ne passe plus.

C'est qu'il faut toujours tenir compte des conditions variables que la ptose détermine, telles qu'accumulation progressive de liquides, arrivée subite de gaz, modifications de la paroi intestinale dont la circulation est gênée, etc. La distension brusque du transverse peut déterminer un spasme intestinal provoquant l'arrêt ; au bout d'un certain temps les phénomènes cèdent, soit par cessation du spasme, soit à la suite d'une contraction plus violente. D'après *Bérard et Patel*: « Peut-être même la courbure du côlon arrive à se redresser, présentant un phénomène analogue à celui du redressement d'une poche hydronéphrotique trop distendue. »

Le jeu du côlon transverse est favorisé par la liberté de ses mouvements ; on n'a aucune difficulté à concevoir l'entrave apportée à son jeu par une bride immobilisant un de ses points de façon anormale.

La fixité de l'angle splénique, sa situation profonde, la chute du transverse dont la terminaison vient doubler le descendant, voilà des conditions très favorables à la formation de brides. Pour que la circulation soit arrêtée, il n'est point nécessaire que ces brides enserrant la circonférence de l'intestin, de façon à étrangler

sa lumière. Il suffit, comme dans le cas que nous rapportons, qu'elles gênent par leurs attaches le libre mouvement d'ascension et de descente du transverse. Une adhérence ou bride du grand épiploon fixé dans un point quelconque de la cavité péritonéale, une bride réunissant en canon de fusil les deux branches (afférente et efférente) de l'angle gauche peuvent amener pendant longtemps des troubles tels que constipation, météorisme, douleur, etc. Que dans ces conditions, une arrivée subite de gaz intestinaux vienne provoquer une réaction plus violente de la part du transverse (la contraction de celui-ci se fait toujours de droite à gauche de façon à chasser son contenu), son extrémité gauche cédant sous l'effort des gaz arrêtés par l'éperon saillant de l'angle splénique se dilatera d'une façon exagérée, comprimera de plus en plus l'origine du descendant qui, étant fixe, ne peut pas se dérober à la compression, et rendra le passage infranchissable.

En résumé, nous estimons qu'aucune des causes invoquées ne doit être éliminée de façon catégorique ; la coudure de l'angle splénique déterminée par la ptose libre ou fixée du transverse, qu'elle soit consécutive à la parésie intestinale post-opératoire ou survenue spontanément, des brides ténues en ficelles péricôliques, toutes ces causes doivent être reconnues capables d'amener des accidents. Dans la plupart des observations rapportées il y avait même plusieurs causes surajoutées qui concouraient à la production et au maintien de l'occlusion.

CHAPITRE III

EXAMEN CLINIQUE. — SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Dans la variété d'occlusion intestinale, qui fait l'objet de notre travail, l'on aura rarement affaire à un début aigu d'emblée comme dans notre cas personnel, et dans celui rapporté par M. Morestin.

Le plus souvent, le malade, après une série d'alertes plus ou moins nombreuses, est comme surpris par des accidents plus intenses que de coutume qui, ne cédant pas, nécessiteront l'intervention du chirurgien.

L'interrogatoire du malade et l'analyse des signes qu'il présente, seront de grande utilité pour préciser la nature et surtout le siège de l'occlusion. C'est avec le plus grand soin qu'il faut scruter les antécédents : la moindre manifestation antérieure, telle que point douloureux intermittent dans l'hypochondre gauche, météorisme, tension à l'épigastre etc., pourra parfois nous mettre sur la voie. Souvent l'on a affaire à des ptosiques.

M. Reynier (1) fait remarquer que la ptose du gros intestin, plus fréquente qu'on pourrait le supposer, n'occasionne la plupart du temps que de petits malaises passagers. La douleur dans l'hypochondre gauche a souvent été prise pour de la névralgie intercostale, des adhérences pleurales, etc...

Le siège de la douleur, surtout celle du début, est d'une très grande importance. Fixe, située profondément dans l'hypochondre gauche, elle constitue alors un indice précieux pour le chirurgien. Parfois, des coliques intestinales viennent s'inscrire sur la paroi abdominale; le malade indique bien le sens des contractions, qui se font suivant la direction du gros intestin, et s'arrêtent au niveau d'un point précis. Quelquefois tension à l'épigastre déterminant une dyspnée intense.

La forme du ballonnement du ventre nous permettra d'éliminer les occlusions siégeant sur l'intestin grêle; dans les occlusions qui nous occupent, le ventre est aplati et comme encadré par le gros intestin, considérablement *distendu* (dans les occlusions du grêle, le ventre est au contraire proéminent).

On peut parfois diagnostiquer par simple inspection et palpation la distension du cæcum et du côlon ascendant et transverse: le creux épigastrique est soulevé: il y a du clapotement cæcal permanent à timbre amphorique, etc. Parfois aussi on pourra trouver le signe indiqué par M. Bouveret (2): « une ligne menée de l'hypo-

1. FRAPIER. *Thèse Lyon*, 1902.

2. REYNIER. *Société de Chirurgie de Paris*, avril 1902.

chondre gauche à l'arcade fémorale droite partage l'abdomen en deux régions. La région supéro-droite est tendue et parcourue par des ondes de contractions intestinales. La région inféro-gauche est relativement affaissée. »

Ce dernier signe, malheureusement, n'est pas infail-
lible. Le transverse pouvant occuper une place quel-
conque dans la cavité abdominale, la voussure corres-
pondant à sa distension pourra se trouver aussi bien
au-dessus qu'au-dessous de l'ombilic. Dans notre cas
personnel, la voussure siégeant à gauche de l'ombilic,
le signe de M. Bouveret était inversé, car c'est le côté
inféro-gauche qui était distendu. On pouvait dans ce cas
plutôt penser à un volvulus qu'à un transverse ptosé et
ballonné. Donc la forme du ballonnement pourra être,
dans beaucoup de cas, utile au diagnostic; mais il ne
faut pas lui accorder une trop grande importance.

La marche relativement lente des accidents, l'absence
ou la rareté des vomissements indiquent aussi que l'obs-
tacle siége sur le gros intestin. Quand les vomissements
existent, ils sont alimentaires, puis bilieux; ils ne de-
viennent jamais fécaloïdes comme dans les occlusions
siégeant sur l'intestin grêle.

Enfin le toucher rectal ou vaginal nous permettra
d'éliminer les cas d'occlusion par obstacle terminal.

En somme, en dépit des meilleures règles suivies
dans l'examen du malade, on sera parfois dans l'impos-
sibilité absolue de formuler de façon précise la variété
d'occlusion à laquelle on a affaire. Vu la position va-
riable du transverse, et malgré sa distension parfois

considérable, c'est à peine si l'on pourra émettre un diagnostic de probabilité, surtout s'il ne s'agit pas d'une occlusion post-opératoire ou d'accidents à répétitions.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Sans nous arrêter aux moyens médicaux (lavements d'huile ou électriques, faradisation du ventre, etc.) qui sont à employer surtout en cas d'occlusion intermittente ou chronique, nous allons parler de la conduite à tenir en cas d'occlusion brusque et complète, quand il faut, coûte que coûte, rétablir le cours des matières.

La laparotomie sur un sujet se trouvant la plupart du temps dans de mauvaises conditions de résistance, n'est indiquée que lorsqu'un diagnostic précis permettra d'aller directement supprimer l'obstacle. Nous avons cependant vu combien c'est difficile de préciser la cause et le siège de l'occlusion. L'examen même du malade est la plupart du temps insuffisant à cause de l'énorme ampliation du ventre et parce que le moindre frôlement détermine des contractions intestinales très douloureuses. Entreprendre une laparotomie dans ces conditions c'est se vouer à un échec presque certain ; les manipulations laborieuses des anses intestinales énormément

distendues et remplies de substances toxiques, qui débordent de tous les côtés, et qu'on a de la peine à refouler dans le ventre, sont presque toujours suivies de mort à bref délai.

L'indication d'urgence, c'est de donner issue aux matières et gaz par un anus artificiel. Ce n'est que lorsque la crise sera conjurée, lorsque le malade aura repris des forces, qu'on pourra aller reconnaître l'obstacle, et se proposer, du même coup, de rétablir le cours normal des matières et de faire la cure radicale de l'anus artificiel.

Si la paroi abdominale présente une saillie anormale, déterminée par la surdistension d'une anse intestinale (en l'espèce, c'est le côlon transverse) on pourrait à la rigueur pratiquer l'entérotomie à ce niveau. L'obstacle ne se trouve pas loin et, l'incision de la paroi abdominale une fois faite, avant de fixer et ouvrir l'intestin on pourra, par une exploration rapide, avoir quelques renseignements sur la nature et le siège approximatif de l'occlusion.

Si la distension du cæcum se révèle nettement par une voussure, du tympanisme et du clapotement, pratiquer l'anus au niveau de la fosse iliaque droite. Il sera beaucoup moins gênant lorsqu'on voudra pratiquer ultérieurement la laparotomie médiane.

La crise aiguë une fois passée, si le cours normal des matières ne se rétablit pas tout seul (suivant la remarque de M. Morestin (1), « de même qu'un volvulus reste

1. MORESTIN. *Revue de Gynécologie*, 1903.

guéri quand on l'a détordu, il est possible que l'occlusion due à une attitude vicieuse réalisée d'une manière fortuite et tout accidentelle, ne se reproduise pas une fois les choses remises en place spontanément à la faveur de la vacuité de l'intestin »), on pourra à loisir attendre le moment favorable pour pratiquer la section des brides et adhérences, la colopexie (Bérard et Patel) (1) ou même l'entéro-anastomose du transverse avec le côlon descendant (ou l'anse sigmoïde), telle qu'elle a été pratiquée en 1902 par le professeur Terrier.

1. BÉRARD ET PATEL, *Revue de Chirurgie*, 1903.

CONCLUSIONS

Les dispositions anatomiques particulières de l'angle splénique du côlon prédisposent à une coudure exagérée de l'intestin.

Un certain nombre d'occlusions intestinales reconnaissent pour cause cette coudure, en dehors de toute production pathologique comprimant l'intestin, ou diminuant son calibre.

La ptose viscérale, la parésie intestinale, la stase stercorale, les adhérences et brides qui empêchent le jeu libre d'ascension et de descente du côlon transverse, sont des circonstances prédisposantes à la production des accidents.

L'occlusion peut survenir de façon spontanée chez des sujets n'ayant aucun passé abdominal.

Le meilleur signe, c'est la distension du côlon transverse, donnant lieu à une tumeur gazeuse ; celle-ci siège habituellement au-dessus de l'ombilic, mais peut être rencontrée aussi bien au-dessous qu'à gauche.

En cas de crise aiguë, l'opération salutaire est l'enté-

rotomie. Celle-ci pourra être pratiquée au niveau de la fosse iliaque droite sur le cæcum. Pratiqué au niveau de la voussure déterminée par la distension du transverse, l'anus artificiel aura l'avantage de se trouver plus près de l'obstacle ; de cette façon, le chirurgien pourra, par une exploration rapide, se rendre compte de la nature et du siège de l'occlusion.

Lorsque le malade aura repris des forces, on pourra, à l'aide d'une laparotomie médiane, aller sectionner des brides, faire la colopexie ou l'entéro-anastomose. C'est également à l'une de ces opérations qu'on s'adressera en cas d'accidents chroniques ou intermittents.

OBSERVATIONS

Observation II (résumée). — « ADENOT. Contribution à l'étude des occlusions intestinales après les laparotomies », *Gazette hebdomadaire*, mars 1895.

L. G..., 35 ans, kyste de l'ovaire. Opérée en 1888 par M. Laroynne. Quelques adhérences pariétales. Quarante-huit heures après l'opération, pas de vents, abdomen ballonné, vomissements. Le troisième jour, l'abdomen se ballonne de plus en plus. Deux purgations ne provoquent aucune selle. Mort le septième jour. A l'autopsie on trouve : côlon transverse très dilaté ; côlon descendant au contraire ratatiné, ainsi que le rectum vide de matières et de gaz. Angle très aigu au niveau du coude gauche, qui réunit ces deux portions du côlon. Dans l'angle de ces deux portions sont emboîtées des anses intestinales dilatées, déterminant une pression forte sur l'angle côlique. Ces anses concentriques sont même difficiles à retirer de l'angle où elles sont engagées. C'est là certainement la cause de la rétention stercorale.

Observation III (résumée). — PAUL RICHE. « Cure radicale de hernie ; occlusion intestinale ; laparotomie ; mort », *Gazette des hôpitaux*, 3 janvier 1895.

P... Edmond, cocher, opéré le 15 novembre 1894 d'une hernie inguinale droite, bubonocèle. Procédé de Bassini. Résection de l'épiploon qui se présente sans traction trop forte, après ligature en masse à la soie (nœud de Lawson-Tait). L'opération a été des plus faciles et très rapide. Le 16 novembre au soir, à la contre-visite, température 38°1 ; le malade a vomi le lait qu'on lui a fait prendre. Facies bon, pouls pas fréquent, de force normale. Le 17 novembre, au matin, température 38°5. Ventre un peu ballonné. La pression n'est pas douloureuse. Un lavement administré ne ramène presque rien. Le soir température 38°4. Ballonnement augmenté, vomissements, le pouls un peu fréquent est ample. Huile de ricin par cuillerée à café toutes les demi-heures. Vessie de glace sur la région sus-ombilicale. — 18 novembre. Pendant la nuit, vomissements bilieux. Pas de selles ni de gaz. Pouls fréquent. Ballonnement très augmenté dans la région sus-ombilicale, facies altéré. On pense à de l'épiploïte adhésive et on décide la laparotomie. Le péritoine une fois ouvert, on aperçoit le grand épiploon très mince recouvrant des anses grêles, qu'on distingue au travers, très distendues et congestionnées. Aucune adhérence. L'épiploon se déchire sous les doigts et les anses grêles se précipitent au dehors. Le moignon de l'épiploon n'adhère nulle part et présente un aspect légèrement ecchymotique. On se rend alors compte de la cause de l'obstruction. La ligature a transformé le tablier épiploïque en une hotte dont l'extrémité inférieure infundibuliforme et

fermée serait représentée par le moignon épiploïque, dont l'ouverture dirigée en haut et en arrière est limitée par les bords latéraux de la membrane. Dans l'ouverture de la hotte sont engagées un grand nombre d'anses grêles qui y sont à l'étroit. En aucun point on ne voit des traces de striction énergique, mais toutes les anses sont congestionnées et distendues. Au-dessus de ces anses grêles, on voit le côlon transverse distendu également, mais non congestionné. Le côlon descendant est vide. Il faut admettre que c'est à leur angle de réunion que siégeait l'obstacle primitif. La traction du bord gauche du grand épiploon a exagéré le coude normal et produit un obstacle relatif. Le tablier épiploïque étant froncé à la partie inférieure, des anses grêles commençant à se distendre se sont engagées dans sa concavité postérieure. Se trouvant un peu bridées, elles se sont distendues davantage, se coiffant de plus en plus de l'épiploon et rendant l'occlusion complète.

Le malade est mort sur la table d'opération.

Observation IV. — LEGUEU, Communication à la Société de Chirurgie de Paris, 23 avril 1902.

En 1894 j'opérais un kyste de l'ovaire; la tumeur assez volumineuse remontait au-dessus de l'ombilic. L'opération fut simple et tout devait marcher à souhait. Après une première selle, suppression des gaz et des matières, ballonnement du ventre, vomissements fécaloïdes. Pensant qu'une anse intestinale adhérait au pédicule, je rouvris le ventre. Rien du côté du pédicule. Le gros intestin très distendu au niveau du côlon transverse, le

descendant vide est affaissé. Au niveau de l'angle gauche du côlon, je sentis une bride, qui me parut étrangler le côlon, mais pendant les manipulations, des gaz passaient du côlon transverse dans le côlon descendant. Je pensais donc avoir levé l'obstacle et je refermais le ventre. La malade eut une selle dans l'après-midi, mais elle mourut le soir. A l'autopsie : il y avait au-devant du coude gauche une bride vasculaire du péritoine, de date certainement très ancienne et qui allait du ligament suspenseur de l'angle, jusqu'au méso-côlon transverse. Cette bride, peut-être congénitale, était peu serrée, le côlon passait librement au-dessous d'elle, et la bride ne faisait obstacle que lorsqu'on exerçait une traction, sur sa partie inférieure. M. Legueu pensait que c'est la suppression du gros kyste de l'ovaire qui a déterminé la chute brusque du côlon transverse, puis la distension de la bride et constriction du côlon à cet endroit.

Observation V (non suivie d'intervention). — TUFFIER ET BARTH
(in Thèse *Ducatte*, Paris, 1899).

Dame de 55 ans, présentant des signes nets de coudure de l'angle splénique par ptose du côlon transverse. Les accidents remontent à sept-huit années et sont caractérisées par des signes de pseudo-occlusion, avec douleurs vives au niveau de l'angle splénique et par ballonnement du côlon en amont, le tout survenant plusieurs heures après le repas, surtout quand ce repas consistait en substances difficiles à digérer. La malade sentait alors nettement une douleur, une sorte de contraction dans le flanc gauche, en même temps qu'une tuméfaction. Les accidents cédaient après certaines positions prises par la malade

et tout rentrait dans l'ordre. L'ancienneté des accidents, d'une part, l'absence de toute tumeur lorsque le côlon était évacué, de l'autre, ne permettaient pas d'attribuer à une autre cause ces douleurs. D'ailleurs la situation horizontale qui empêchait presque ou du moins diminuait de beaucoup leur intensité, montre bien quel en était le mécanisme.

Observation VI. — Communication du professeur TERRIER
à la Société de Chirurgie de Paris (16 avril 1902).

M^{me} M..., 56 ans, ménagère, m'est adressée par mon collègue de la Faculté, M. le professeur Gilbert; elle entre à la Clinique de la Pitié, le 4 novembre 1901. M^{me} M... a eu deux grossesses normales; elle s'est bien portée jusqu'il y a quinze ans, époque où elle aurait eu une affection de l'estomac, qu'on peut considérer comme ulcère simple, étant donnés les symptômes douloureux et l'hyperchlorhydrie. Ces phénomènes durèrent six mois après lesquels M^{me} M... se remit complètement.

L'hiver dernier, accidents de névralgie sciatique à gauche, qui ne disparurent qu'après trois mois de traitement. Puis la malade se plaignit de crises intestinales très douloureuses, survenant brusquement, non précédées de constipation, avec météorisme. Ces crises durent quarante-huit heures, puis disparaissent. Depuis lors, la malade souffre du ventre, et les douleurs paroxystiques se sont localisées dans le flanc gauche. La constipation est opiniâtre. Les matières ne sont pas déformées, mais elles renferment du sang et des lambeaux pseudo-membraneux; pas de glaires. A gauche, au niveau du côlon descendant, on perçoit un empatement non douloureux, peut-être dû à la dilatation du côlon transverse, d'ailleurs peu douloureux, sans phénomè-

nes de clapotement liquide par la percussion ou la palpation. Rien du côté des autres organes de l'abdomen et du côté des viscères du petit bassin. L'état général est assez bon, la malade n'aurait pas maigri, l'appétit est conservé ; toutefois M^{me} M... réduit son alimentation pour diminuer l'intensité des troubles intestinaux dont elle se plaint beaucoup. La température est normale et oscille entre 36°8 et 37°2. L'examen des urines ne décèle rien d'anormal : ni sucre, ni albumine. En présence de ces phénomènes, on pense à l'existence d'un obstacle sur le trajet du côlon descendant, à son union avec le côlon transverse. Peut-être y a-t-il un début de néoplasme non déterminable par le palper. On résolut de pratiquer une laparotomie exploratrice et d'agir en conséquence. L'opération fut faite le 11 novembre 1901 ; on fit une ouverture sus-ombilicale médiane. Quelques brides fibreuses ou plutôt cellulo-fibreuses unissant entre elles quelques anses intestinales grêles furent détruites facilement avec le doigt. L'examen minutieux de la partie supérieure du rectum, de l'anse sigmoïde, ne nous fit rien constater d'anormal, si ce n'est une diminution notable du calibre du gros intestin. Cette sorte d'atrésie se propageait en haut, jusqu'à l'angle gauche du côlon transverse qui, à son union avec le côlon descendant, présentait un calibre certainement rétréci et formait un angle aigu dont le sommet pénétrait profondément dans l'hypochondre, sous le diaphragme. La partie moyenne du côlon transverse, quelque peu abaissée, était dilatée par des gaz, et cette dilatation cessait juste un peu avant l'angle gauche du côlon. Il y avait donc à ce niveau une sorte de rétrécissement par courbure à angle très aigu, ouvert en bas et en dedans du gros intestin. Ceci expliquait la constipation, les crises douloureuses, la sensibilité constante du ventre, surtout à la partie supérieure du flanc gauche, presque

sous l'hypochondre. Du reste, l'intestin n'offrait aucune tuméfaction suspecte de la paroi. L'indication était donc de rétablir le cours des matières dans le gros intestin, au niveau de cette coudure un peu anormale, mais bien connue des anatomistes. Le procédé le plus facile, comme le plus simple, nous parut être d'établir une communication entre la partie gauche du côlon transverse et la partie inférieure du côlon descendant, à son union avec l'anse sigmoïde. Cette entéro-anastomose fut faite assez facilement par suture et d'après les règles de l'entéro-anastomose. Les suites opératoires furent des plus simples; les deuxième et troisième jours, la température atteignit 38°; le sixième 37°8; depuis elle oscille entre 36°8 et 37°1. Selles provoquées le septième jour. Aux dixième et onzième jours, ablation des fils superficiels et profonds de la laparotomie. L'opérée sortit le 3 décembre 1901. A sa sortie M^{me} M... se porte bien, ne souffre plus du ventre, digère parfaitement tous les aliments. Les selles d'abord provoquées par des lavements sont devenues régulières et spontanées. Nous avons eu de ses nouvelles le 15 décembre; elles étaient excellentes. En mars dernier (1902) les nouvelles étaient toujours bonnes.

Observation VII (résumée). — BÉRARD ET PATEL.
Revue de Chirurgie, mai 1903.

Femme de 40 ans, entrant pour des phénomènes d'occlusion intestinale (météorisme généralisé, vomissements, arrêt des matières et des gaz). Le gros intestin est distendu; le cæcum fait une saillie visible sous les parois de l'abdomen. Palpation douloureuse surtout dans le côté gauche de l'abdomen. L'obstruction étant complète depuis deux jours et demi, et l'état général

s'affaiblissant de plus en plus, M. Bérard pratiqua l'opération. Incision médiane sous-ombilicale. On ne note rien d'anormal du côté de l'utérus, des annexes, de l'appendice et du péritoine. Le côlon transverse fait une saillie énorme, cependant que le côlon descendant est aplati, colé contre la paroi postérieure. Il est alors certain que l'occlusion siège au niveau de l'angle splénique. Après déchirure d'une adhérence du grand épiploon dans la fosse iliaque gauche, on essaie de relever le côlon transverse, mais la circulation ne se rétablit toujours pas; l'angle splénique placé très haut est presque inaccessible à la main. On fixe alors le côlon transverse à la paroi. Le lendemain, les phénomènes d'occlusion n'ayant pas cédé, on perfore le côlon transverse à l'aide du thermocautère. Une quantité énorme de gaz s'échappe et la malade accuse aussitôt un grand soulagement.

Les selles se rétablissent dès le lendemain matin.

La fistule stercorale s'est oblitérée spontanément au bout de douze à quinze jours.

Observation VIII. — QUÉNU. Société de chirurgie de Paris, 18 juin 1902. *Occlusion intestinale par brides, sillonnant le côlon transverse.*

J'ai été appelé en consultation, le 30 décembre 1901, par mon maître et ami le Dr Guyot, auprès d'un malade, M. B..., âgé d'une cinquantaine d'années, dont l'histoire était la suivante : santé bonne, sauf quelques troubles dus à une albuminurie de vieille date, mais tendance à la constipation. Le vendredi matin, 27 décembre, se sentant un peu embarrassé du ventre, M. B... prit un purgatif salin, puis se rendit en voiture à son bureau. Là, il eut une garde-robe, mais il fut pris, en allant à la selle, de

douleurs extrêmement vives dans le ventre et, au lieu de rentrer directement chez lui, se fit conduire en voiture chez M. Guyot. M. Guyot nota spécialement des douleurs en barre dans le haut du ventre. Le samedi 28 et le dimanche 29, les douleurs du ventre continuèrent avec prédominance nette à gauche, au-dessous du rebord costal; quelques gaz furent obtenus à l'aide de grands lavements; pas de purgatifs. M. Guyot s'était borné à faire appliquer des compresses chaudes et à faire prendre au malade une infusion chaude. Le lundi matin, je trouvai M. B... dans l'état suivant : apyrexie complète, pouls à 90; facies anxieux, sensation de distension abdominale et point douloureux un peu en avant du flanc gauche; pas de vomissements, pas de hoquet, pas de gaz; pas une garde-robe depuis vendredi soir. Le ventre est météorisé, mais d'une façon très inégale; la fosse iliaque droite est très tympanisée, ainsi que l'épigastre et la région ombilicale; mais l'hypogastre est flasque, et le flanc gauche assez souple à la simple inspection; l'aspect aplati de l'étage inférieur du ventre contraste avec le météorisme de l'étage supérieur. D'autre part, l'existence du point douloureux fixé sous le rebord costal gauche et la non-distension du côlon descendant nous portent à penser qu'un obstacle occupe la terminaison du côlon transverse; aucun amaigrissement, toucher rectal négatif, aucun empatement dans aucun point du ventre. Nous revoyons le malade le lundi soir; il a rendu quelques gaz spontanément, mais ne se sent pas soulagé, et son météorisme persiste; le mardi matin 31, nous conseillons l'électrisation du ventre, qui donne une émission de gaz à une première séance, et aucun résultat à une deuxième séance. Le mardi après midi, nous sommes réunis en consultation, MM. Guyot, Le Gendre, Berger et moi. Nous adoptons tous le même avis d'un obstacle occupant vraisemblablement

blement la fin du transverse. L'opération est conseillée et acceptée par la famille. Elle est pratiquée le 1^{er} janvier 1902, en présence de M. Guyot, avec l'assistance de mes internes et de M. Longuet. Une canule en caoutchouc a été placée d'avance dans le rectum. Laparotomie médiane; le cæcum et les 4/5^{es} du côlon transverse sont extrêmement distendus par des gaz, mais, à l'union environ du 1/5^e gauche avec le reste, l'intestin est plat; à ce niveau, nous observons une bride constituée par une adhérence ancienne entre une frange épiploïque appartenant au côlon transverse et le grand épiploon. Je sectionne la petite corde agent d'étranglement, et aussitôt, en appuyant sur la partie distendue du côlon transverse, j'obtiens ce que je n'avais pas obtenu avant la section, à savoir la réplétion du segment gauche du côlon et surtout l'émission bruyante de gaz par la canule rectale. J'explorai attentivement le reste du côlon transverse et l'angle côlique qui était haut situé dans l'hypochondre; je trouvai encore de petites adhérences ténues, échelonnées sur le gros intestin, presque vers l'angle, je les déchirai, puis je m'assurai que, soit au niveau de l'angle, soit le long du côlon descendant, il n'existait aucun néoplasme. Les suites furent très simples. Le malade rendit des gaz au bout de quarante heures et des garde-robes au bout de trois jours; il quitta la maison de santé le 22 janvier, et depuis, sa santé est demeurée parfaite.

Observation IX (résumée). — FRARIER, *Thèse Lyon*, décembre 1902.

L... Angèle, 19 ans. Opérée en 1899 dans le service du professeur Laroyenne, par voie vaginale (opération ayant consisté, croit-elle, dans l'ablation de la trompe gauche). En 1900 ponc-

tion par le cul-de-sac postérieur, d'une grosse collection purulente. Entrée à Gloussoul le 21 juin 1900, avec des douleurs utérines très vives s'irradiant dans les lombes et les cuisses. Perte d'appétit, constipation opiniâtre, météorisme sus-ombilical considérable. Pertes blanches verdâtres abondantes. Le toucher vaginal montre, dans les culs-de-sac latéraux, la présence d'une masse fluctuante, dépressible au doigt, très douloureuse. Température autour de 38°. — *Le 22 juin*, laparotomie par M. Tixier. L'épiploon fortement rétracté est tendu au-devant de la masse intestinale, et se fixe en bas sur la trompe gauche. Il attire, au-dessous de l'ombilic, le côlon transverse fortement distendu. Après ligature, on le sectionne en bas. Il remonte librement dans la cavité abdominale. Tous les organes pelviens sont réunis par des adhérences très résistantes. Ablation de l'ovaire droit (le gauche a dû être enlevé en 1809). Les deux trompes fortement distendues par du pus se rompent pendant les manœuvres de libération. Au-dessous, existe une collection dans le Douglas. Ablation et drainage abdomino-vaginal. On place un pansement à la Mickulicz. Les jours suivants, vomissements incoercibles, signes d'occlusion intestinale, pouls misérable. Température du soir, 38°4. Les purgations sont vomies. Quelques évacuations purement gazeuses. — *Le 27 juin* (5^e jour après l'opération), le pouls est misérable, les vomissements ont diminué d'intensité, mais toujours pas de selles; quelques gaz, météorisme considérable. La température est montée à 39°4. On croit à une péritonite et on applique le traitement ordinaire: sérum, glace, etc. La malade succombe le 29 juin, et à l'autopsie on trouve :

Faisant hernie à travers les lèvres de la plaie abdominale, au niveau de la mèche de Mickulicz, une énorme anse intestinale se présente; c'est le côlon transverse. On le libère et on le relève. Aucun

signe de péritonite. Le Douglas est net, pas de liquide dans les flancs: péritoine sain. L'épiploon est fixé par son moignon, constitué au moment de l'opération, au niveau de la fosse iliaque gauche; il attire en bas le côlon transverse. Celui-ci a le volume de l'estomac, étant distendu au maximum. Au contraire, le descendant est aplati, complètement vide. Au niveau de l'angle gauche du côlon, on trouve une série de tractus fibreux anciens, rétrécissant le calibre intestinal; cette série d'adhérences s'étend sur une hauteur de trois travers de doigts. Il semble que c'est le grand épiploon, que l'on avait vu épaissi et rétracté, dans le cours de l'opération, qui avait depuis longtemps propagé l'inflammation, jusqu'au niveau de l'angle gauche du côlon. Les autres organes, examinés avec soin ont été trouvés sains; l'estomac notamment n'était le siège d'aucune affection.

Observation X (*résumée en partie*). — MORESTIN. *Revue de Gynécologie*, 1903.

Gilbert M..., 30 ans, fut apporté à Saint-Louis avec des accidents d'occlusion, ayant débuté brusquement trois jours auparavant pendant qu'il était à bicyclette. Arrêt complet des matières et des gaz; douleurs revenant par crises périodiques, sous forme d'intolérables coliques. Pendant ces trois jours, le malade a souvent eu des nausées mais pas de vomissements. Ce qui le tourmente le plus en ce moment, c'est la difficulté de respirer, dyspnée liée à l'énorme ampliation du ventre et à la gêne mécanique qu'elle apporte aux mouvements du diaphragme et du thorax. La respiration est superficielle, rapide, et s'effectue avec effort, sans que l'auscultation révèle des lésions thoraciques. La distension de l'abdomen est générale et de toutes parts se dessi-

nent des anses météorisées. Cependant sur ce ballonnement total tranche une voussure particulière occupant la région sus-ombilicale. La palpation permet de reconnaître, en cette partie du ventre, la présence d'une masse globuleuse et tendue, grosse comme les deux poings, répondant principalement au muscle droit du côté gauche. La pression est douloureuse à ce niveau, et seulement à ce niveau. La percussion révèle dans l'étendue de cette voussure une sonorité très accentuée, d'une tonalité différente du reste de l'abdomen. Pouls à 84, température 37°5.

L'absence de vomissements, la distension générale du ventre permettaient d'admettre que l'obstacle siégeait sur le gros intestin. La localisation de la douleur et cette voussure particulière constatée dans la région sus-ombilicale permettaient de mettre en cause le côlon transverse. Enfin tenant compte de la masse globuleuse et sonore, se détachant sur le ballonnement général, nous devions nous demander s'il ne s'agissait pas d'un volvulus du côlon transverse et si nous ne tenions pas là le signe rarement constaté de *Von Wahl*. J'inclinai d'autant plus volontiers à cette hypothèse, que j'avais autrefois opéré un malade atteint de volvulus du côlon transverse, et chez lequel j'avais constaté presque identiquement la même chose. La laparotomie fut pratiquée immédiatement. Pour aller droit au siège présumé de l'obstacle, je fis une incision sus-ombilicale médiane allant de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Je tombai de suite sur le côlon transverse, extraordinairement distendu. C'était bien lui qui formait la tumeur précitée, arrondie et sonore, mais il n'y avait pas de volvulus. L'exploration de la région de l'angle cœlique gauche se montra difficile à cause de la mauvaise respiration du sujet, du ballonnement des anses, et de la profondeur où il fallait agir, en raison de l'ampliation du ventre, chez ce sujet

normalement très développé. Je pus néanmoins reconnaître l'angle cœlique, et au delà, le côlon descendant flasque et aplati. L'étranglement siégeait au niveau même de l'angle, mais je ne pus sentir aucun épaissement de la paroi intestinale, aucune induration, aucune tumeur. Il ne me sembla pas qu'il y eût là des brides véritables, résistantes et bien définies, ni surtout nettement isolées et formant cordelette ou ficelle, comme il nous arrive souvent de les rencontrer dans les occlusions par brides. L'obstacle était loin, je pouvais l'atteindre, mais nullement le voir. Il eût fallu pour cela agrandir considérablement l'incision et extérioriser l'intestin ballonné. Mais l'éviscération est une pratique presque constamment mortelle chez de tels sujets. D'autre part, il me paraissait tout à fait imprudent, à une telle profondeur et sans le contrôle de la vue, de tenter la suppression des pseudo-brides perçues par le toucher. J'avais hâte de terminer. Le malade, depuis qu'il était sous le chloroforme, avait une mine peu rassurante; le facies d'un gris violacé, la respiration laborieuse et irrégulière. Je me décidai à fixer à la paroi et à ouvrir le côlon surdistendu. Je commençai par le ponctionner pour diminuer la tension. Ayant évacué avec le trocart, une partie de son contenu gazeux, je le fixai à la partie supérieure de la plaie, par deux plans de suture, l'attachant, l'un au péritoine, l'autre à la peau. Le reste de la plaie fut fermé par des surjets profonds au catgut et des sutures superficielles au crin de Florence. Puis le trocart fut retiré et la paroi intestinale incisée. Il s'écoula immédiatement un tel flot de matières fécales, que le malade en fut littéralement inondé. Pendant vingt-quatre heures cette débâcle continua tandis que le ventre s'affaissait et que la respiration devenait graduellement plus facile.

Les suites furent des plus simples; il n'y eut ni fièvre, ni

complications ; réunion de la plaie, au-dessous de l'anus, par première intention. A partir du 9 mai, on avait constaté que des gaz s'échappaient par l'anus véritable. L'anus artificiel fonctionnait régulièrement, donnant issue à des matières demi-solides, et le pansement n'était renouvelé que trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. L'opéré était déjà revenu à une alimentation complètement normale. Le 13 mai un lavement ayant été administré, fut suivi d'une selle assez abondante par l'anus naturel. Depuis ce moment, il y eut chaque jour des selles provoquées par des lavements ou même expulsées spontanément. Le 18, l'opéré se levait. Le 28, il quittait Saint-Louis ; son anus artificiel s'était notablement rétréci, et il n'était déjà plus qu'une voie accessoire pour les matières fécales, dont la majeure partie suivait la voie normale. Rentré de nouveau à l'hôpital, on procède le 27 juillet à la fermeture définitive de l'anus artificiel, par entérorraphie latérale, sans que le péritoine libre fût ouvert. Le 2 août il quitte définitivement l'hôpital. La guérison s'était faite sans incident et demeurait complète.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse

RECLUS

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — Occlusions intestinales après les laparotomies (*Gazette hebdomadaire*, 16 mars 1895; Congrès de Gynécologie de Bordeaux, 1895; *Revue de Chirurgie*, janvier 1896).
- BÉRARD ET PATEL. — Occl. intestin. par coudure de l'angle splénique (*Revue de Chirurgie*, mai 1903).
- BOUVERET. — Note sur la dilatation du cæcum et du côlon ascendant (*Lyon médical*, juillet 1887).
- BUY. — Côlon transverse (*Thèse Toulouse*, 1900-1901).
- COHAN. — Recherches sur la situation du côlon transv. (*Thèse Paris*, 1899).
- CHARPY. — Tube digestif (Jonnesco et Charpy), in Anat. Poirier.
- CRUVEILHIER. — Anatomie descriptive (Tome II).
- DUCATTE. — Les ptoses du gros intestin (*Thèse Paris*, 1899-1900).
- FRARIER. — Du rôle de l'angle gauche du côlon dans les occlusions intestinales (*Thèse Lyon*, 1902-1903).
- FREDET. — Péritoine, in Anatomie Poirier.
- FROMONT. — Portion sous-diaphragmatique du tube digestif (*Thèse Lille*, 1889-1890).
- GLÉNARD. — Analyse de la dyspepsie nerveuse (*Lyon médical*, 1885, *Revue de médecine*, 1887; Ptoses viscérales, 1899).
- JOENICKE. — Adhérences intestinales chroniques chez les femmes (*Semaine médicale*, 1894, page 179).

JONNESCO. — Côlon pelvien pendant la vie intra-utérine. (*Thèse Paris*, 1892).

— In Anatomie Poirier. (Tube digestif avec Charpy).

LEGUEU. — Occlusion intestinale post-opératoire (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 23 avril 1902; *Gazette des hôpitaux*, 23 nov. 1895; Congrès gynéc. Bordeaux, 1895).

MATHIEU. — Entéroptose et néphroptose (*Soc. medic. des hôp.*, 15 déc. 1893).

MAUCLAIRE ET MOUCHET. — La forme et les moyens de fixité du côlon transverse (*Bulletin de la Soc. anatomique de Paris*, 1896).

MORESTIN. — De l'occlusion au niveau de l'angle colique gauche (*Revue de Gynécologie*, 1903).

QUÉNU. — Des occlusions intest. après laparotomies (*Nouvelles Archives d'Obstétrique et Gynécologie*, 1894); *Soc. de Chirurgie de Paris* (18 juin 1902).

ROUTIER. — Discussion à la *Soc. de Chirurgie de Paris* (25 juin 1902).

RICHE. — *Gazette des hôpitaux*, janvier 1895.

REYNIER. — *Soc. de Chirurgie de Paris*, (23 avril 1902).

TESTUT ET JACOB. — Anatomie topographique.

TERRIER. — Rétrécissement de l'angle gauche du côlon (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 16 avril 1902).

TILLAUX. — Anatomie topographique (Gastrostomie).

TUJA. — Occlusions intest. après laparotomies (*Thèse Lyon*, 1894).

WALTHER. — Sur le rôle de l'angle colique g. dans les occlusions intestinales (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 25 juin 1902).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction	7
Historique	9
CHAPITRE I. — Considérations anatomiques	12
CHAPITRE II. — Pathogénie	17
CHAPITRE III. — Examen clinique.	30
— Symptômes et Diagnostic	30
CHAPITRE IV. — Traitement.	34
Conclusions	37
Observations	39
Bibliographie.	54